DE

N° 20

LA RECTITE

DYSENTÉRIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de médecine de Montpellier

LE 22 FÉVRIER 1889

PAR

JULES COURTIER

Né à Privas (Ardèche)

Élève de l'École de médecine navale de Toulon

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER
IMPRIMERIE CENTRALE DU MIDI
(HAMELIN FRÈRES)

1889

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN..... Doyen
GRASSET..... Assesseur

PROFESSEURS :

Médecine légale et toxicologie.....	MM. JAUMES.
Clinique chirurgicale	DUBRUEIL (✲).
Chimie médicale et pharmacie.....	ENGEL.
Hygiène	BERTIN-SANS.
Clinique médicale	CASTAN.
Clinique médicale	GRASSET.
Physiologie	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale	TÉDENAT.
Opérations et appareils.....	GRYNFELTT.
Pathologie externe.....	CHALOT.
Anatomie pathologique et histologie.....	KIENER (✲).
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (✲).
Anatomie	PAULET (O. ✲ ✲).
Pathologie interne	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET.
Botanique et histoire naturelle médicale (Ch. de cours).	GRANEL.
Clinique obstétricale et gynécologie (Ch. de cours)..	GERBAUD.
Physique médicale	N....

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✲ ✲).

Profess. honor. { MM. MARTINS (O. ✲). DUPRÉ (O. ✲ C. ✲).

CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUES ANNEXES :

Clinique des maladies des enfants	MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.....	MOSSÉ (✲), agrégé.
Clinique ophthalmologique.....	TRUC, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. BIMAR	MM. VILLE	MM. GILIS
MOSSÉ (✲)	GRANEL	BOINET
REGIMBEAU (✲)	FORGUE	BROUSSE
BLAISE	TRUC	IMBERT
BAUMEL	GERBAUD	

MM. H. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. CASTAN, *président.*
HAMELIN, professeur.
MOSSÉ, agrégé.
BOINET, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

J. COURTIER.

A MONSIEUR BÉRENGER-FÉRAUD

Directeur du Service de santé de la Marine
et de l'École de médecine navale de Toulon, Membre correspondant
de l'Académie de médecine,
Commandeur de la Légion d'honneur.

J. COURTIER.

A MON PRÉSIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CASTAN

Doyen de la Faculté de médecine.

J. COURTIER.

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion d'observer dans les salles de l'hôpital principal de la marine de Toulon quelques cas intéressants de rectite dysentérique, et ayant suivi avec attention les cliniques faites sur ce sujet de pathologie exotique par M. Bérenger-Féraud, directeur du service de santé de la marine et de l'École de médecine navale, nous avons eu la pensée de faire de cette maladie le sujet de notre thèse inaugurale.

La rectite dysentérique, bien que déjà décrite à diverses reprises par de nombreux médecins de la marine, n'en est pas moins encore peu connue jusqu'ici ; et il se pose notamment à son sujet une question de diagnostic et de traitement qui a une importance incontestable. Nous avons cherché, dans la limite de nos faibles moyens, à fournir quelques indications sur son compte, espérant nous rendre ainsi utile à ceux de nos camarades que les hasards du service appelleront à soigner des malades atteints de cette variété de dysenterie.

Dans ce travail, nous avons été aidé par les leçons et les conseils de plusieurs de nos Chefs et de nos Maîtres, entre autres par M. le directeur Bérenger-Féraud, et par son chef de clinique, M. le médecin de 1re classe Gazeau, auxquels nous tenons à exprimer ici toute notre reconnaissance.

Nous adressons aussi tous nos remerciements à M. le Professeur Castan pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Confiant dans le bon accueil que nous avons toujours trouvé auprès des Maîtres de cette École, plein d'espérance dans la bienveillance de nos Juges, nous leur présentons le produit minime de notre labeur, qui leur montrera, sinon un savoir étendu, au moins le désir ardent de bien faire qui nous domine à notre entrée dans la carrière de la médecine navale.

DE

LA RECTITE

DYSENTÉRIQUE

DÉFINITION, FORMES, DIVISION

La plupart des auteurs définissent la rectite *une inflammation du rectum*. Cette définition nous paraît par trop générale, car elle peut s'appliquer à toutes sortes de rectites, aussi bien à celles d'origine traumatique ou chirurgicale qu'à la rectite dysentérique dont nous avons l'intention de nous occuper. Nous devons donc chercher pour cette dernière maladie une définition plus précise, et nous adopterons la suivante :

« La rectite est une maladie généralement apyrétique, de même nature que la dysenterie endémique, se localisant au rectum tout d'abord ou à la suite de la dysenterie ; caractérisée par des selles moulées ou diarrhéiques, précédées, accompagnées ou suivies de mucus sangui-

nolent ou purulent, avec épreintes et ténesme anal, et rarement coliques abdominales. » (Leclerc.)

La rectite est habituellement concomitante ou consécutive à la dysenterie. Elle peut toutefois être indépendante et se montrer localisée, soit sous la forme aiguë, soit sous la forme chronique. Elle peut être partielle ou étendue à toute la muqueuse rectale. Enfin elle peut être simplement érythémateuse ou catarrhale, ou bien être plus profonde, atteindre le tissu cellulaire sous-muqueux, la couche musculaire, et devenir phlegmoneuse. Elle constitue alors ce qu'on a appelé la rectite phlegmoneuse ou parenchymateuse.

Pour bien comprendre les particularités des différentes formes de la maladie : *a*) rectite aiguë ; *b*) rectite chronique ; *c*) rectite s'établissant d'emblée ; *d*) rectite succédant à la dysenterie, il est nécessaire de se faire une idée du mécanisme à l'aide duquel cette maladie se produit et se manifeste. C'est ce que nous allons essayer de montrer en étudiant l'étiologie et l'anatomie pathologique de la rectite.

ÉTIOLOGIE

Les causes générales de la rectite sont les mêmes que celles de la dysenterie. On peut accuser le climat, les aliments, les boissons, etc. En effet, la rectite consécutive n'est autre chose que la dysenterie du côlon ayant gagné le rectum, et s'y localisant.

Dans la rectite primitive, on peut accuser la constipation. L'accumulation des matières fécales dans le rectum jouerait alors le rôle de

corps étranger et irriterait la muqueuse, qui ne tarderait pas à s'enflammer et à s'ulcérer, et dès lors la rectite serait constituée.

La dysenterie (et par conséquent la rectite dysentérique) est considérée aujourd'hui comme étant de nature infectieuse; mais les recherches entreprises par divers auteurs pour trouver le germe de la dysenterie n'ont pas encore abouti. Les uns le confondent avec celui de la fièvre intermittente, d'autres avec celui de l'hépatite. La question est encore trop obscure pour que nous entrions ici, à son sujet, dans une discussion qui pourrait nous entraîner trop loin et nous faire dépasser les limites du plan que nous nous sommes tracé.

Parmi les causes locales de la rectite, nous placerons la grande vascularité du rectum. Les valvules manquant dans les veines hémorrhoïdales et mésaraïques, la circulation en retour se fera mal dans l'ampoule rectale; les ulcérations du rectum seront, par suite, gorgées de sang et n'auront aucune tendance à la cicatrisation. De plus, les matières fécales, par leur passage, agiront directement sur les ulcérations, les irriteront et ne feront que retarder cette cicatrisation.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les lésions produites par la rectite dysentérique sont le plus souvent constatées au moyen du toucher rectal et par l'emploi du *speculum ani*. En effet, cette maladie se termine presque toujours par la guérison, et l'on a rarement l'occasion de faire l'autopsie de gens qui en sont atteints.

Tout à fait au début de la maladie, on trouve simplement de l'hy-

perhémie de la muqueuse, qui est rouge, épaissie, friable, et présente par endroits de petites taches ecchymotiques et des arborisations capillaires. La rectite est dite alors *érythémateuse* ou *catarrhale*.

Bientôt la rectite passe à l'état chronique. Alors la couleur de la muqueuse devient plus foncée, et l'on voit apparaître des bourgeonnements et des ulcérations, tantôt superficielles et larges, tantôt plus profondes et comme taillées à l'emporte-pièce. Leurs dimensions peuvent être de 1 à 2 centimètres de diamètre. En général, elles succèdent à la chute d'eschares que l'on aperçoit quelquefois, tout à fait au début.

On peut encore trouver des altérations plus profondes, une infiltration et un épaississement du tissu cellulaire sous-muqueux et de la couche musculaire (rectite parenchymateuse). Enfin ces ulcérations peuvent s'étendre, gagner en profondeur, produire de la gangrène et déterminer ainsi des perforations s'accompagnant d'accidents que nous décrirons plus tard, en nous occupant des complications de la rectite.

Nous nous rappelons avoir vu, en pratiquant l'autopsie d'un individu mort de dysenterie, le rectum présenter par endroits des fongosités grisâtres, couleur lie de vin, entre lesquelles la muqueuse apparaissait tantôt rouge et tantôt blanchâtre. Le reste de la muqueuse rectale offrait l'aspect d'une vaste eschare d'un gris verdâtre.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous passons maintenant à l'étude des symptômes de la rectite dysentérique. Ces symptômes variant, suivant que l'on considère la

rectite aiguë ou la rectite chronique, nous nous occuperons successivement de ces deux formes de la maladie.

A. Rectite aiguë.— Ici encore nous distinguerons :
1° La rectite consécutive à la dysenterie;
2° La rectite primitive.

1° *Rectite consécutive.* — Cette forme de rectite succède généralement à une dysenterie aiguë, rarement à une dysenterie chronique. Au bout de quelques jours d'une diarrhée plus ou moins abondante, le malade voit d'abord apparaître dans ses selles du mucus sanguinolent, puis ces selles deviennent franchement sanglantes. Il a presque toujours du ténesme anal; les selles sont moulées et expulsées au milieu de vives épreintes. Il y a de cinq à six selles pour vingt-quatre heures. Elles ont lieu principalement pendant la journée. La nuit, le malade ne souffre pas et peut dormir.

Ce mode de début est le plus fréquent chez les individus faibles, anémiés, fatigués par un séjour plus ou moins long dans les colonies.

2° *Rectite primitive.* — Au contraire, chez les sujets vigoureux, la rectite peut apparaître d'emblée. Après quelques jours de constipation, le malade, qui jusque-là n'a eu ni dysenterie, ni diarrhée, est pris tout à coup de douleurs sourdes dans le bassin. Il va alors à la garde-robe et rend quelques matières de nature dysentérique, un mélange de mucus plus ou moins coloré par du sang et de débris d'épithélium plus ou moins agglomérés et consistants, constituant alors des fausses membranes. Il y a quatre ou cinq selles par jour. On n'en observe généralement pas la nuit.

Que la rectite soit primitive ou secondaire, les malades éprouvent constamment un sentiment de chaleur et de pesanteur, une douleur plus ou moins vive au-dessus de l'anus, le long du sacrum et du coccyx. Cette douleur retentit dans les lombes et dans les cuisses. Il peut se produire du prolaspus du rectum; on observe quelquefois de la

dysurie chez l'homme : on a même signalé quelques cas de métrorrhagie chez la femme. Il existe du ténesme, mais pas de coliques.

A ce moment, le toucher rectal peut constater une chaleur anormale, et le *speculum ani* montre une muqueuse rouge, injectée, recouverte de mucosités visqueuses et purulentes.

Au bout de quelques jours, tout rentre dans l'ordre : les garde-robes deviennent plus faciles, le ténesme disparaît, les selles redeviennent normales et quelquefois on observe une guérison complète. Mais les récidives sont très-fréquentes, et la maladie a une tendance marquée à passer à l'état chronique.

B. Rectite chronique. — Dans cette forme de rectite, les selles sont le plus habituellement moulées, dures, et peuvent même présenter l'aspect de scyballes. Sous certaines influences, elles peuvent parfois s'amollir et devenir passagèrement diarrhéique ; mais leur consistance la plus habituelle est la consistance normale. Leur nombre est moins considérable que dans la forme aiguë (une ou deux par jour). Ces selles sont mêlées ou entourées, soit de mucus incolore, analogue à de l'albumine, soit de mucus sanguinolent, soit de mucus plus ou moins purulent, soit enfin de pus véritable, de la couleur habituelle du pus bien lié.

Cette rectite persistante s'accompagne en général de ténesme anal, mais surtout de ténesme vésical, de dysurie et même parfois de prostatite légère.

C'est dans la rectite chronique surtout que l'on rencontre les ulcérations dont nous avons parlé dans le chapitre ayant trait à l'anatomie pathologique de la maladie.

Un fait absolument remarquable et qui, croyons-nous, ne se rencontre dans aucune autre maladie, est que, dans la rectite dysentérique, l'état général se conserve bon. Les malades ont l'apparence de la santé la plus parfaite. On n'observe ordinairement pas de fièvre, à moins que le malade ne soit sous l'influence de l'intoxication paludéenne ou à moins de complications. Toutefois, quand la rectite suc-

cède à une dysenterie déjà ancienne, l'anémie et l'amaigrissement témoignent de la secousse qui a été imprimée à l'organisme par cette dernière maladie. Mais, même dans ce cas, l'appétit, qui se conserve bon, permet au malade de reprendre rapidement ses forces.

COMPLICATIONS

Un grand nombre d'accidents peuvent venir compliquer la rectite. Nous signalerons, en premier lieu, le relâchement du sphincter et la procidence du rectum. Ces accidents s'expliquent par la persistance du ténesme et par les contractions réflexes qu'il occasionne dans le plan musculaire de l'intestin. On ne les rencontre guère que dans les cas graves et chez les individus affaiblis et débilités par une dysenterie antérieure.

Les *hémorrhoïdes* constituent parfois une véritable complication de la rectite. Elles sont gênantes, douloureuses et peuvent s'accompagner d'hémorrhagies abondantes. Une fois produites, ces hémorrhoïdes ont plutôt une tendance à s'accroître qu'à diminuer.

Parfois le travail ulcératif de la muqueuse rectale, augmentant de jour en jour, peut arriver à perforer les tuniques du rectum. Le tissu cellulaire très-abondant qui enveloppe cette partie du gros intestin peut alors s'enflammer et constituer des abcès périrectaux à la suite desquels peuvent s'établir des fistules à l'anus et des fistules vésico-rectales. On observera alors tous les symptômes de la gangrène intestinale: sueurs froides, vomissements, pouls petit, etc., etc. Dans le

cas de fistule vésico-rectale, on trouvera de l'urine mélangée avec les selles, et réciproquement.

La cystite vient aussi souvent compliquer la rectite. Le malade urine souvent, difficilement, et avec la sonde on ne retire que quelques gouttes d'une urine trouble. Le ténesme du col de la vessie est parfois très-violent et cause au malade beaucoup d'anxiété.

Enfin, nous terminons ce chapitre en citant une observation de complication grave du côté de la vessie (abcès gangréneux de la prostate et communication directe entre le rectum et la vessie), observation que nous empruntons à M. Leclerc.

Observation Première

Simon, quarante ans, ouvrier du port de Toulon, a passé six ans en Cochinchine, d'abord comme soldat d'infanterie de marine, puis comme ouvrier des constructions navales. Il a été atteint, dans cette colonie, de diarrhée et d'une ou deux attaques de dysenterie aiguë.

Depuis son retour en France, il avait eu, de temps en temps, un peu de diarrhée; quelquefois selles dysentériques, glaires, mucosités sanguinolentes, etc. Mais ces attaques étaient courtes et cessaient vite, parfois spontanément; du moins, elles ne l'obligeaient pas à entrer à l'hôpital.

Au mois de mars 1870, il entre à l'annexe de l'hôpital maritime de Toulon, salle des fiévreux. Il souffre beaucoup : selles nombreuses, dysentériques. Il présente en outre deux phénomènes remarquab e 1° ténesme vésical, dysurie; 2° écoulement par l'anus d'un liquide en telle quantité et d'une façon si continue que le malade est obligé d'y tenir constamment un linge.

La sonde d'argent ordinaire ne peut parvenir dans la vessie; mais, en la retirant, elle est accompagnée de deux ou trois gouttes de pus,

d'une odeur gangréneuse dysentérique très-prononcée. (Le malade n'a pas eu d'uréthrite.)

Introduction d'une bougie qui arrive dans la vessie et laisse sortir environ 100 grammes d'une urine boueuse et fétide. Recueillie dans une écuelle et reposée un certain temps, cette urine laisse déposer des grumeaux jaune verdâtre, qui ne sont autre chose que des matières fécales.

Symptômes généraux.— Fréquence et petitesse du pouls, douleurs vives, insommie, etc.

Traitement :

Potion avec : Extrait de quinquina . 3 gr.
Ipéca concassé. . . . 2 gr.
A infuser dans eau. . 100 gr.
Sirop écorces oranges. 30 gr.

Bouillon, vin vieux.— Injections phéniquées, tièdes, dans la vessie.

Au bout de quatre jours :

Potion avec : Extrait de quinquina . . 4 gr.
Sous-nitrate de bismuth. . 15 gr.

Amélioration considérable.

Au bout de quinze jours, le malade est évacué dans la salle des blessés. Il présente le curieux phénomène de gaz intestinaux évacués par la verge.

La guérison a lieu peu à peu et le malade sort deux mois et demi après.

Conclusions : 1° Cet homme a gardé la rectite avec exacerbations dysentériques pendant cinq à six ans.

2° L'ulcération s'est étendue à la vessie et a constitué une fistule : odeur gangréneuse, écoulement de l'urine par l'anus, et expulsion par la bougie de matières fécales et de gaz. Symptômes généraux de gangrène intestinale : sueurs froides, pouls petit, etc.

Le chef du service des blessés, M. le professeur Barthélemy, croyait à un abcès de la prostate et lui attribuait la communication du rectum avec l'urèthre. C'est possible, ajoute l'auteur de l'observation, mais dans ce cas l'abcès aurait été consécutif à l'ulcération et à l'influence du liquide intestinal qui, à la manière des abcès par congestion, aurait agi de proche en proche, en enflammant les tissus et se créant ainsi un passage à travers la prostate et le col de la vessie.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est généralement facile. La rectite se reconnaît très-aisément aux symptômes que nous avons énumérés (selles moulées, précédées, accompagnées ou suivies de mucosités sanguinolentes, absence de douleurs abdominales, douleurs vagues et sourdes dans le bassin, etc.)

Ce diagnostic se complète par le toucher rectal et par l'introduction du *speculum ani.* On reconnaîtra aussi les ulcérations caractéristiques de la rectite, on se rendra compte de la couleur de la muqueuse, de son degré d'hyperhémie, de son épaississement, de son ramollissement. On notera la douleur produite par le passage du doigt ou de l'instrument, enfin on pourra se rendre compte des lésions de voisinage (abcès périrectaux, fistules, prostatite, etc.).

La rectite dysentérique se distinguera de la *dysenterie* proprement dite par le nombre bien moins considérable de selles, par leur consistance, qui est beaucoup plus grande dans les selles de la rectite, par

leur couleur, qui est lavure de chair dans les selles dysentériques. Dans la dysenterie on observe des douleurs abdominales qui manquent absolument dans la rectite.

Dans la dysenterie il y a de la fièvre, de la prostration, une perte totale de l'appétit, tous symptômes qu'on ne rencontre pas dans la rectite sans complications.

Le *cancer du rectum* présente certains symptômes qui pourraient le faire confondre avec la rectite (sensation de pesanteur dans le bassin et de gêne au fondement, douleurs au moment des selles et dans les instants qui suivent, selles accompagnées d'un écoulement glaireux, sanguinolent ou purulent, etc.).

Il détermine ordinairement de la constipation; quand il s'accompagne de diarrhée, les matières sont parfois sanguinolentes, offrent l'aspect lavure de chair ou purulent et la fétidité des selles dysentériques; mais il y a incontinence dans leur évacuation, et, par l'inspection ano-rectale et la palpation de la fosse ischio-rectale, on constate l'existence d'une tumeur. De plus, l'écoulement cancéreux a une odeur repoussante *sui generis*. Enfin, à une époque plus avancée, la teinte cachectique des malades achèvera d'assurer le diagnostic.

Chez les enfants, la rectite dysentérique est quelquefois simulée par un *polype rectal*. Cette production, qui atteint parfois le volume d'une noisette, se développe communément à 5 ou 6 centimètres au-dessus de l'anus et provoque du ténesme et des selles sanguinolentes comme dans la rectite dysentérique la plus légitime. Les petits malades rendent également des matières dures qui sont cannelées, c'est-à-dire qui offrent une dépression latérale produite par l'impression du polype. Celui-ci sort parfois pendant la défécation; le toucher rectal, d'ailleurs, le fera découvrir aisément. Il n'est pas rare de voir ces polypes se détacher pendant les efforts pour aller à la selle. Les enfants sont, dans ce cas, guéris à l'instant des incommodités qu'ils éprouvaient.

Hémorrhoïdes. — M. Béranger-Féraud a résumé, dans le tableau suivant, le diagnostic différentiel de la rectite d'avec les hémorrhoïdes :

Rectite	Hémorrhoïdes
L'écoulement de sang ne soulage pas le malade.	Le plus souvent, un abondant écoulement de sang soulage le malade.
Dans la rectite, on ne trouve pas, à l'exploration, de tumeurs hémorrhoïdales turgides, soit en bourrelet hors de l'anus, soit dans l'intérieur du rectum; mais on constate de la rougeur et des ulcérations dans les profondeurs de l'anus explorées par le speculum.	C'est le contraire dans les hémorrhoïdes.
Les matières sont en général entourées de mucosités en même temps que de sang.	Les matières sont entourées le plus souvent d'un sang pur assez abondant et sans traces aussi sensibles de mucosités.

Nous ne citerons que pour mémoire les *rectites vermiculaire, chancreuse* et *blennorrhagique*. Les lésions qui accompagnent chacune d'elles ne permettent pas de les confondre avec la rectite dysentérique. Le diagnostic sera d'ailleurs complété par les commémoratifs des malades.

PRONOSTIC

Le pronostic est en général peu grave. La rectite est une maladie bénigne, qui guérit en quinze ou vingt jours. Mais il ne faut pas oublier qu'elle a beaucoup de tendance à gagner le reste du gros intestin et à constituer alors une dysenterie véritable, ce qui assombrit de beaucoup le pronostic.

La rectite consécutive est la plus tenace. Elle passe facilement à l'état chronique et est alors, pour ainsi dire, inguérissable, tant ses récidives sont fréquentes. De plus, elle a beaucoup de tendances à reproduire la dysenterie à laquelle elle a fait suite.

MARCHE, DURÉE, TERMINAISON

La rectite primitive a une marche très-rapide. Au bout de quinze à vingt jours de maladie, la guérison survient généralement.

Il n'en est pas de même de la rectite consécutive à la dysenterie. Se rencontrant surtout chez des gens affaiblis par des maladies antérieures, elle a une grande tendance aux récidives et à la chronicité, et fait le désespoir des médecins et des malades. Elle peut durer indéfiniment, sans amélioration notable, rester stationnaire, puis guérir pour réapparaître de nouveau au moindre écart de régime ou à la moindre infraction aux règles de l'hygiène.

D'une façon générale, la maladie se termine par la guérison.

TRAITEMENT

Nous allons maintenant aborder la partie la plus importante de notre travail, celle où nous nous occupons du traitement de la rectite. Nous indiquerons surtout le traitement employé par M. Béranger-

Féraud dans son service, traitement que nous avons vu réussir dans tous les cas de rectite que nous avons eu à observer.

Les selles de la rectite étant en général dures, et par suite irritant les ulcérations du rectum, la première indication est de les amollir. Aussi prescrira-t-on au malade une alimentation relâchante (légumes verts, fruits acidulés, etc.). On aura parfois recours à des préparations de manne; mais, comme on doit rechercher l'action relâchante et non l'action purgative, on laissera de côté les sels de soude et de magnésie, à moins d'indications spéciales.

Pour les mêmes raisons que nous venons d'énumérer, il est bon d'administrer au malade des lavements émollients toutes les fois qu'il commence à éprouver l'envie d'aller à la selle. Ces lavements seront pris en petite quantité à la fois, de façon à ne pas trop distendre l'intestin et à ne pas provoquer un impérieux besoin de défécation. Après la selle, on peut encore donner un lavement d'eau pure, de façon à laver le rectum et à déterger les ulcérations.

Mais le traitement de la rectite doit être surtout topique. Il consiste en lavements astringents. L'alun, de 1 à 2 grammes jusqu'à 6 et 8 grammes pour 200 grammes d'eau; le tannin, à la dose de 2 à 4 grammes, les extraits de ratanhia, de cachou, de simarouba, etc., etc., peuvent être employés, mais il ne faut pas user de doses trop élevées, de façon à ne pas produire la constipation.

Au début, on doit associer dans les lavements des narcotiques aux substances astringentes (quatre à cinq gouttes de laudanum) pour combattre la douleur produite par l'action de ces substances sur les ulcérations de la muqueuse rectale.

Le sous-nitrate de bismuth en lavement sest un bon médicament de la rectite : « Il est surtout fixé par les points ramollis, ulcérés, dit Brassac; il tapisse les ulcérations et favorise leur cicatrisation en les protégeant contre les liquides irritants. En pénétrant l'épithélium, il le fortifie, prévient de nouvelles ulcérations et consolide les cicatrisations déjà opérées. »

Les lavements au bismuth doivent se donner à la dose de 6 à 8 grammes pour 200 grammes d'eau.

Si la maladie a résisté aux moyens précédents, on a recours aux lavements au nitrate d'argent (1 à 2 grammes de nitrate d'argent pour 200 grammes d'eau).

On ne donnera qu'un lavement au nitrate d'argent par jour, pour ne pas irriter les parties outre mesure.

On ne doit pas oublier, avant de donner au malade un lavement astringent ou caustique, de lui administrer un lavement simple, de façon à bien déterger les ulcérations et à permettre aux substances employées d'agir plus efficacement.

Enfin, quand tous ces moyens ont échoué, on peut aller, au moyen du *speculum ani*, porter directement sur les ulcérations le crayon de nitrate d'argent ou bien un pinceau trempé dans de la teinture d'iode ou du perchlorure de fer. Il se forme alors une eschare sous laquelle on trouve des ulcérations à surface rose qui finissent par guérir comme une plaie ordinaire.

Le ténesme anal et le ténesme vésical sont combattus efficacement par l'emploi des bains de siége.

Observation II

M. S..., lieutenant de vaisseau, entre à l'hôpital le 1er novembre 1886, avec la mention suivante sur son billet d'entrée: « Rectite chronique. Rechute datant de trois ou quatre jours. Selles mucoso-sanglantes. A pris du sulfate de soude ; les jours suivants, lavements émollients et au ratanhia et laudanum. »

Cet officier, embarqué actuellement sur un vaisseau-école, est depuis un an environ de retour de Cochinchine, où il a fait de nombreuses campagnes. A contracté à Formose, il y a dix-huit mois, une dysenterie qui n'a pas duré longtemps, mais qui s'est accompagnée d'une rectite non encore guérie et pour laquelle cet officier entre aujourd'hui

à l'hôpital. Il a été traité au début, pendant six semaines, à l'hôpital de Yokohama; depuis, il n'a pas fait d'autre séjour à l'hôpital. Il a été traité en France par des lavements au ratanhia, à la racine d'ipéca, à l'amidon et au laudanum, et par des lavements au nitrate d'argent.

La rechute date de trois ou quatre jours. Avant-hier, le malade a eu une dizaine de selles; mais, en moyenne, il n'a que cinq à six selles par jour. Vives douleurs rectales au moment des selles.

M. Bérenger-Féraud examine le rectum à l'aide du *speculum ani* éclairé par la lumière artificielle et constate, sur les faces postérieure et latérale droite de cette portion de l'intestin, de profondes ulcérations ayant absolument un aspect semblable à celui que prennent les chancres phagédéniques. Le moindre attouchement fait saigner ces surfaces ulcérées. L'irritation locale lui paraît trop vive pour justifier la cautérisation des ulcérations, et il s'en tient aux lavements émollients répétés quatre fois par jour, pour débuter, et il prescrit du sulfate de soude pour dégorger un peu le foie, qui paraît congestionné.

Prescription : Demi-ration d'aliments;
Un litre de lait;
Thé;
Sulfate de soude, 15 grammes.

2 novembre. — Dix selles dans les vingt-quatre heures, dont plusieurs renfermant du mucus, de la bile et des substances ressemblant à de la raclure de chair.

Douleurs au niveau du rebord des fausses côtes (côté droit) et à la racine des membres inférieurs.

Prescription : Quart d'aliments;
Trois litres de lait;
Thé;
Sulfate de soude, 15 grammes;
Deux lavements émollients;
Deux lavements avec sulfate de soude, 15 grammes.

3. — Douze selles liquides dans les vingt-quatre heures: les premières bilieuses, les autres renfermant des mucosités sanglantes.

Prescription : Quart d'aliments ;
Deux litres de lait ;
Thé ;
Deux lavements avec sulfate de soude, 15 grammes.

4. — Cinq selles liquides.

Prescription : Potage au lait ;
Deux litres de lait ;
Sulfate de soude, 15 grammes ;
Deux lavements émollients.

5. — Huit selles jaunâtres et liquides. Le malade a pris son sulfate de soude dans un temps trop court.

Même prescription.

6. — Trois selles ne renfermant pas de mucosités.

Même prescription.

8. — Sept selles en purée jaunâtre, un peu liquide, à peu près exemptes de mucosités.

Prescription : Quart d'aliments ;
Deux œufs, fromage ;
Un litre de lait ;
Eau de Vichy ;
Deux quarts de lavement.

8. — Deux selles. Même prescription.

9. — Deux selles absolument liquides.

Prescription : Quart d'aliments ;
Quatre œufs, fromage ;
Un litre de lait.
Un lavement { Alun, 10 grammes ;
Eau, 100 grammes.

11. — Une seule selle dure dans les vingt-quatre heures.

Même prescription.

17 . — On examine de nouveau le rectum au speculum. On aperçoit par endroits la muqueuse ulcérée et comme vésiquée. Le doigt introduit dans le rectum provoque en ces points de vives douleurs.

On continue le même traitement.

18 . — Nouvel examen au speculum. Vers la paroi postérieure du rectum, à 2 ou 3 centimètres de la marge de l'anus, existe une ulcération de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, mais irrégulière. On la cautérise au nitrate d'argent. Cette cautérisation provoque de vives douleurs.

Même traitement.

20 — Prescription : Poisson, poulet, œufs ;
Un litre de lait ;
Manne, 12 grammes ;
Un lavement émollient.

24 — Prescription : Quart d'aliments ;
Un litre de lait.
Lavement { Alun, 10 grammes ;
Eau, 150 grammes.

A partir de ce jour, le malade va de mieux en mieux, et il sort de l'hôpital le 11 décembre, complétement guéri.

Observation III

M. S..., lieutenant de vaisseau, entre à l'hôpital le 27 septembre 1887 avec le diagnostic « rectite ulcéreuse. »

M. S..., étant en Chine vers le mois de juillet 1885, a contracté une dysenterie assez forte, dont il a été guéri après un mois et demi de

traitement. Des douleurs rectales très-vives avaient accompagné cette dysenterie et avaient aussi disparu avec elle. Mais, depuis huit mois, elles ont fait de nouveau leur apparition.

Les selles sont dures, elles sont légèrement teintées de sang et contiennent quelques mucosités, mais n'occasionnent pas de très-fortes douleurs à leur passage. La marche prolongée seule fait naître des douleurs, surtout à la marge de l'anus.

L'examen au speculum nous révèle l'existence, sur toute la muqueuse rectale, d'ulcérations assez étendues. On fait une première cautérisation au nitrate d'argent.

28 septembre. — On examine de nouveau le rectum avec le speculum. Douleurs très-vives provoquées par l'introduction de l'instrument. On fait une nouvelle cautérisation au nitrate d'argent.

Prescription : Demi-ration d'aliments et de vin;

Tisane d'orge;
Manne, 15 grammes;
Trois lavements émollients;
Bains de siége;
Potion avec 1 gramme d'hydrate de chloral.

30. — Prescription : Quart d'aliments, demi de vin;
Tisane d'orge;
Deux bains de siége;
Deux lavements émollients;
Un lavement au nitrate d'argent à 1/100;
Potion avec 1 gramme de chloral.

1er octobre. — Diminution de l'inflammation rectale. Les suintements sont toujours aussi abondants, mais les douleurs sont beaucoup moindres.

Même prescription.

4. — Prescription : Quart d'aliments, demi de vin;
Tisane d'orge;
Deux lavements émollients.

Deux lavements { Alun, 5 grammes;
Eau, 200 grammes.

Deux bains de siége ;
Potion avec chloral, 1 gramme.

5. — Le suintement diminue sensiblement depuis quelques jours. L'inflammation rectale tend à disparaître. Les lavements alunés donnent de bons résultats.

Même traitement.

7. — Troisième examen au speculum et cautérisation au nitrate d'argent. Amélioration très-sensible. Douleurs moindres. Suintement presque nul.

8. — L'amélioration continue à s'affirmer chaque jour davantage.

Prescription : Quart d'aliments, demi de vin ;
Tisane d'orge.
Lavement { Alun, 8 grammes ;
Eau, 100 grammes.
Lavements émollients.

16.— On introduit le speculum. A la courbure postérieure du rectum, à une hauteur de 5 centimètres environ, se trouve une érosion encore assez étendue, que l'on cautérise au nitrate d'argent.

Quoique encore incomplétement guéri, le malade sort de l'hôpital sur sa demande.

Observation IV

M. P..., capitaine d'artillerie de marine, entre à l'hôpital le 20 juillet 1888.

Cet officier rentre du Tonkin, où il vient de faire un séjour de deux années. Il souffre d'une rectite consécutive à la dysenterie, depuis trois

mois environ. Les selles sont nombreuses, douloureuses, peu abondantes, et renferment du sang et des mucosités. Le malade redoute d'aller à la garde-robe, se nourrit peu, et l'état général va s'affaiblissant d'une façon sensible.

Après chaque selle, accompagnée toujours de grands efforts, il y a un léger prolapsus de la muqueuse rectale, que le malade refoule d'ailleurs avec facilité.

L'examen au speculum dénote la présence d'ulcérations saignantes, fongueuses, occupant l'ampoule rectale tout entière. On cautérise énergiquement ces ulcérations au nitrate d'argent.

Le traitement est institué dans le but de calmer les douleurs et de modifier les selles, qui sont dures.

Prescription : Régime lacté ;
Lavements émollients laudanisés (III gouttes);
Sulfate de soude, 15 grammes;
Bains de siége.

22.— Les douleurs ont disparu, les selles sont moins nombreuses, mais plus faciles, et permettent de constater la présence du sang et des mucosités.

Prescription : Potage au lait;
Œufs, un litre de lait;
Manne, 12 grammes;
Lavements émollients.

25.— Prescription : Soupe, œufs, lait;
Manne, 8 grammes;
Deux lavements avec tannin, 0 gr. 50 ;
Quatre lavements émollients.

Ce traitement est continué pendant quelques jours. Le 1er août, le malade est presque complétement guéri. Il n'y a plus de douleurs à la garde-robe ; les selles sont normales et ne contiennent plus de sang ni de mucosités. Le malade demande à sortir, pouvant continuer les soins à domicile.

Deuxième entrée le 24 septembre 1888. — M. P..., ayant rechuté, entre de nouveau à l'hôpital. L'examen au speculum montre la présence, sur la muqueuse rectale, d'une ulcération de la largeur d'une pièce de 2 francs. On cautérise cette ulcération au nitrate d'argent.

Prescription : Un litre de lait ;
Lavements émollients.

Lavement { Tannin, 0 gr. 25 ;
Eau, 100 grammes.

28 septembre. — Nouvelle cautérisation au nitrate d'argent.

6 octobre. — La guérison est complète. Le malade sort le 8 octobre pour aller en congé de convalescence.

Observation V

M. P..., officier supérieur d'infanterie de marine, entre à l'hôpital le 30 juin 1888, avec la note suivante : « Rectite. Cet officier supérieur, en congé de convalescence, rentrant de la Guadeloupe, vient de faire une saison à Vichy. »

M. P... souffre depuis vingt ans environ d'une rectite survenue à la suite d'une dysenterie qui a cessé il y a à peu près un an. A la suite d'un traitement consistant en douches ascendantes, M. P... a vu une amélioration très-notable survenir dans son état. La première douche, administrée il y a un mois, donna lieu à l'évacuation d'une quantité considérable de matières fécales. C'est depuis lors que l'amélioration a commencé et n'a cessé de s'affirmer chaque jour davantage. La muqueuse rectale, qui était auparavant le siége de douleurs intolérables, est devenue maintenant presque complétement indolore. Les selles, auparavant liquides et nombreuses (trente à quarante dans les vingt-quatre heures), deviennent d'une fréquence normale et sont le plus souvent moulées, mais renferment encore quelques mucosités. L'état gé-

néral s'est, du même coup, considérablement amélioré. L'appétit est satisfaisant, les nuits sont bonnes.

L'examen du rectum pratiqué au speculum montre la muqueuse rectale rouge, violacée et hyperhémiée sur une étendue de 6 à 7 centimètres environ, avec quelques petits points d'ulcération. Le toucher rectal est douloureux.

On prescrit au malade un traitement consistant en une douche ascendante dans le rectum, avec 40 ou 50 litres de liquide, introduits au moyen d'une sonde en caoutchouc. Le malade ressent un soulagement énorme pendant la durée de cette injection. Une certaine quantité de matière est naturellement entraînée. C'est donc un lavage complet de toute la partie inférieure du tube intestinal que l'on pratique ainsi. Souvent, mais non tous les jours, une évacuation de matières diluées survient un quart d'heure après. Alors se produit une vive douleur ayant son siége au niveau du côlon ascendant.

Prescription : Demi d'aliments et de vin ;
Limonade citrique ;
Douche ascendante ;
Un lavement émollient.

Lavement { Alun, 3 gr. ;
Eau, 100 gr.

3 juillet. — Le lavement aluné produit une douleur sensible. Quelques instants après a lieu une débâcle, quand elle ne s'est pas produite après la douche ; ou bien, dans le cas contraire, évacuation d'une petite quantité de mucosités sanguinolentes avec quelques lambeaux de muqueuse intestinale.

4.— Le lavement aluné est moins douloureux. Deux selles dans les vingt-quatre heures.

Même prescription.

6.— Léger accès fébrile. La température a atteint 39°.

Prescription : Bouillon, demi de vin ;
Limonade citrique ;

Douche ascendante ;
Deux lavements émollients ;
Sulfate de quinine, 1 gramme.

7.— On supprime la quinine et on prescrit de nouveau les lavements à l'alun.

9.— Prescription : Demi d'aliments et de vin ;
Limonade citrique ;
Douche ascendante.
Lavement { Tannin, 0 gr. 75 ;
Eau, 100 grammes.

On a continué ce traitement pendant une vingtaine de jours, et peu à peu les symptômes se sont amendés. Les selles sont devenues normales comme nombre et comme composition ; l'état général s'est considérablement amélioré.

Le malade, qui est atteint en outre d'un emphysème pulmonaire dont le début avait coïncidé avec l'apparition des phénomènes de rectite, voit son état s'améliorer beaucoup. L'appareil Ferris est appliqué et parfaitement supporté.

Après avoir passé un mois à l'hôpital, M. P.... en sort parfaitement guéri.

Observation VI

M. A..., médecin de la marine, entre à l'hôpital le 11 octobre 1888, avec la mention : « Rectite dysentérique de l'Annam. Récidive à la suite d'une cure aux eaux de Vichy. »

Il y a quatre mois environ, étant embarqué à bord du *Winh-Long* en qualité de médecin-major, M. A... fut atteint d'une dysenterie aiguë qui fut complétement guérie au bout d'un mois de traitement. Il y a un mois et demi, ce médecin se trouvait en traitement à Vichy,

lorsque, sous l'influence des eaux, la dysenterie fit de nouveau son apparition, mais, cette fois, fut bientôt compliquée de rectite.

Les selles sont dures, laminées, enduites de mucosités sanguinolentes. Au toucher, on sent une ulcération assez étendue à la partie antérieure de la muqueuse rectale. Un peu plus haut, on a la sensation d'un petit relief, qu'on attribue à une cicatrice, ce malade ayant déjà eu de la dysenterie.

Prescription : Quart d'aliments ;
Un litre de lait ;
Manne, 12 grammes ;
Trois lavements émollients.

14. — Prescription : Riz au lait ;
Un litre de lait ;
Deux lavements alunés à 3/100 ;
Un lavement au nitrate d'argent à 1/150 ;
Lavements émollients.

15. — Les lavements alunés sont aisément supportés ; il n'en est pas de même des lavements au nitrate d'argent, qui provoquent de la douleur. Les selles présentent un aspect de plus en plus satisfaisant. Les ulcérations de la muqueuse rectale ont diminué d'étendue.

On continue le même traitement.

18 octobre. — De vives douleurs suivent l'administration du lavement au nitrate d'argent. Cependant les selles renferment moins de mucosités. M. A... a rendu hier, en même temps que les fèces, un lambeau de muqueuse assez considérable.

Prescription : Quart d'aliment ;
Un litre de lait manné (12 gr.) ;
Deux lavements alunés à 4/100 ;
Lavements émollients.

Ce traitement est continué jusqu'au 26 octobre, jour où M. A..., guéri, part en congé de convalescence.

CONCLUSIONS

En résumé, de la première partie de notre travail ainsi que des observations qui la suivent, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° La rectite dysentérique n'est autre chose que la dysenterie du rectum. Elle peut être précédée ou suivie de la dysenterie des autres portions du gros intestin ;

2° De même que la dysenterie, la rectite dysentérique se rencontre surtout dans les pays chauds, où elle existe à l'état endémique ;

3° Elle est caractérisée par des selles généralement moulées, en nombre ordinairement peu considérable, précédées, accompagnées ou suivies de mucosités sanguinolentes ;

4° Peu grave par elle-même, quoique parfois redoutable par les complications qu'elle peut entraîner, elle cède facilement à un traitement approprié, traitement qui consiste surtout en lavements astringents ou légèrement caustiques.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bérenger-Féraud.— Traité théorique et clinique de la dysenterie.

— Traité clinique des maladies des Européens au Sénégal.

Leclerc. — Considération sur la rectite dysentérique. (Thèse de Montpellier, 1871.)

Dutrouleau.— Traité des maladies des Européens dans les pays chauds.

Grall. — Notes médicales recueillies à l'hôpital d'Hanoï. (Archives de médecine navale, 1886.)

Harmand. — De la Rectite dysentérique endémique en Cochinchine. (Thèse de Paris, 1872.)

— Aperçu pathologique de la Cochinchine française.

Corre.— Maladies des pays chauds.

Bertrand et Fontan.— De l'Entéro-colite chronique des pays chauds.

Delioux de Savignac.— Traité de la dysenterie.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 14 février 1889.
Le Recteur de l'Académie de Montpellier,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 14 février 1889.
Le Doyen,
A. CASTAN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque!